

## CUESTIONARIO PARA LOS PADRES/ CUIDADORES

Niños/ adolescentes que consumen drogas y bebidas alcohólicas (para que lo llenen los padres/ el cuidador)

Fecha en que se llenó: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/ la madre/ el cuidador: \_\_\_\_\_ Relación con el niño: \_\_\_\_\_

Incluya el tabaco como una droga.

1. ¿Alguna vez ha hablado con su hijo sobre el consumo de bebidas alcohólicas o drogas?  SÍ  NO
2. ¿Alguna vez sospechó que su hijo podría estar consumiendo bebidas alcohólicas o drogas?  SÍ  NO
3. ¿Reconocería usted los síntomas del consumo de drogas/ bebidas alcohólicas?  SÍ  NO
4. ¿Alguna vez pescó a su hijo consumiendo bebidas alcohólicas o drogas, o bajo los efectos de las mismas (incluidos los cigarrillos)?  SÍ  NO
5. ¿Alguna vez su hijo se salió de la escuela para consumir bebidas alcohólicas o drogas?  SÍ  NO
6. ¿Su hijo se junta con un grupo de amigos que consumen drogas o bebidas alcohólicas?  SÍ  NO
7. ¿Alguna vez su hijo se quedó fuera de la casa toda la noche y no llamó para avisar?  SÍ  NO
8. ¿Alguna vez su hijo faltó a clases o días de clase sin permiso?  SÍ  NO
9. ¿Su hijo hace referencias o bromas frecuentes sobre bebidas alcohólicas o drogas?  SÍ  NO
10. ¿Usa su hijo camisetas u otro tipo de ropa que tenga lemas que hagan referencia al consumo de bebidas alcohólicas o de drogas?  SÍ  NO
11. ¿Ha bajado el rendimiento escolar de su hijo recientemente?  SÍ  NO
12. ¿Han cambiado el peso o los hábitos alimenticios de su hijo recientemente?  SÍ  NO
13. ¿Su hijo se ha vuelto más irritable, deprimido o introvertido recientemente?  SÍ  NO
14. ¿Qué sustancias adictivas ha probado su hijo?  SÍ  NO
15. ¿Qué drogas/ bebidas alcohólicas consume su hijo con más frecuencia? (Liste y describa la frecuencia en que las usa.)
16. ¿Alguna vez se ha preguntado si su hijo puede tener problemas con las bebidas alcohólicas y/u otras drogas?  
¿POR QUÉ o POR QUÉ NO?

Esta información confidencial se le entrega de conformidad con las leyes y reglamentos estatales y federales que incluyen, entre otras, los del Código de Asistencia Pública e Instituciones, el Código Civil y las Normas de Confidencialidad de la HIPAA correspondientes. Se prohíbe duplicar esta información para su divulgación adicional sin la autorización previa y por escrito del paciente/ representante autorizado a quien se refiera, excepto en los casos que se permita por ley.

Name:

MIS #:

Agency:

Prov.#:

**Los Angeles County - Department of Mental Health**

**PARENT/CAREGIVER QUESTIONNAIRE  
CUESTIONARIO PARA LOS PADRES/ CUIDADORES**